

中学生以上の方インフルエンザワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

		自宅での体温	度	分
住 所	〒		TEL() -	
(フリガナ)	()	男	明治	年 月 日生
受ける人の氏名		女	昭和	() 歳
			平成	() 歳
質 問 事 項			回 答 欄	医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか			いいえ	はい
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所()			はい	いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか			はい	いいえ
治療(投薬など)を受けていますか			はい	いいえ
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか			はい	いいえ
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()			はい	いいえ
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹じんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名()			はい	いいえ
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか			はい	いいえ
①前回受けたのは(年 月頃)			はい	いいえ
②その際に具合が悪くなったことはありますか			はい	いいえ
③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()			はい	いいえ
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名()			はい	いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか			はい	いいえ
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか			はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()			はい	いいえ
医師記入欄				
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します				
医師署名				
本人記入(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)				
署名 (代筆者の場合:続柄) () なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください				
使用ワクチン名	用法・用量	接種日時		
	皮下接種 0.5ml	接種日時: 年 月 日		

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。